



**A.S.L. NO**

Azienda Sanitaria Locale di Novara  
Sede Legale: viale Roma, 7 – 28100 Novara  
P.IVA 01522670031 - [www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

**S.C. Medicina Legale**  
viale Roma, 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321/374412  
[commissione.patenti@asl.novara.it](mailto:commissione.patenti@asl.novara.it)

---

**ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE DELL'ASL DI NOVARA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
E-MAIL (scrivere in stampatello) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere sottoposto/a a visita medica presso codesta Commissione per:

- ◆ Certificato d'idoneità al conseguimento della **PATENTE NAUTICA**
- ◆ Certificato d'idoneità al rinnovo/revisione della **PATENTE NAUTICA**
  
- **Si allega dichiarazione sostitutiva del certificato anamnestico** (vedi modulo allegato)
- **Fotocopia di un documento di riconoscimento valido**
- **Fotocopia della patente nautica** (in caso di rinnovo)

Novara .....

Firma.....



# A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale  
Novara



Sede Legale: v.le Roma, 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, amfetamine, LSD o altre droghe. Se sì, specificare quando:	SI	NO
Ha subito un trauma cranico. Se sì, specificare quando:	SI	NO
Soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche (o convulsioni). Se sì, specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita:	SI	NO
Sussistono malattie del sangue. Se sì, specificare quali:	SI	NO
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale ( <i>insufficienza renale cronica, ecc.</i> ). Se sì, specificare quali:	SI	NO
Assume (o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno) altre medicine oltre a quelle già dichiarate. Se sì, indicare quali, il periodo di trattamento e i dosaggi:	SI	NO
Ha problemi della vista non correggibili con lenti. Se sì, indicare quali:	SI	NO
Porta lenti a contatto.	SI	NO
Ha problemi di udito.	SI	NO
Porta protesi acustiche.	SI	NO

### Dichiarazione del richiedente

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità, dichiara sotto la sua personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in sua conoscenza utili a definire il proprio stato di salute. In particolare dichiara di non fare abuso di alcolici, e/o di sostanze stupefacenti o psicotrope, e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.

Luogo e data

Firma del richiedente

### DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi del d.lgs. 30/06/2003, n. 196, sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. I predetti dati saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge. Il sottoscritto ..... (\*) autorizza il personale della ..... se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche. Inoltre ..... (\*) autorizza l'inserimento dei dati personali e di quelli riguardanti le proprie condizioni di salute, emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico-legale, che potrà essere esaminata dal personale autorizzato, vincolato all'obbligo del segreto d'ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio sanitario pubblico.

(\*) INDICARE "NON" IN CASO DI NEGATA AUTORIZZAZIONE.

....., li .....

Firma del dichiarante .....  
(da firmare in presenza del medico)

Firma del medico ricevente l'atto .....